# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

*ZE WSPÓŁUDZIAŁEM* PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. FILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj. — ROCZNIK ÓSMY — 1906.


## I. PRACE ORYGINALNE.

### Leczenie jaglicy przewlekłej przeszczepianiem błony śluzowej ust pod powiekę. Przyczynek do nauki ręcznego leczenia jaglicy.


Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.


Mała skuteczność leków przy jaglicy przewlekłej, częstość ponownego jej powstawania i blizny na spojówce, pozostające po wyleczeniu od niepamiętnych czasów zmuszały lekarzy do wynajdywania sposobów ręcznego usuwania jaglicy. Najprostszym z nich jest sposób wyciskania jagieł palcami lub umyślnie w tym celu pomyślonymi szczypczykami [1]). Zamiast wyciskania jagieł Schröder [2]) obmyślił osobną miotełkę do zmiatania jagieł ze spojówki.

Gałęzowski [3]) użył o wiele radykalniejszego sposobu ręcznego usuwania jaglicy, mianowicie wycinał załamek zwyrodnionej jaglicą spojówki, później Kuhnt podniósł sposób

Gałęzowskiego do znaczenia jedynej radykalnej metody i już nie tylko dla leczenia pojedynczych wypadków jaglicy, ale dla zwalczania całych nagminnic. Wygniatanie jagieł, zmiatanie miotełką i wycinanie załamka mogą być bardzo pomocne w walce z jaglicą; ale ponieważ wszystkie wyżej podane sposoby prowadzą za sobą mniej lub więcej rozległe blizny spojówki, które, jak to dobrze wiadomo, są nieraz niebezpieczniejsze dla rogówki od samej jaglicy, więc sposoby te są tem mniej pożyteczne, im wyższym jest stopień zwyrodnienia jaglicowego spojówki. W r. 1889 Noiszewski[4]) podał opis pierwszego wypadku wyleczenia jaglicy przeszczepieniem skrawka błony śluzowej ust pod powiekę w ciężkiej postaci jaglicy przewlekłej, powikłanej dziwomięsną łuszczką rogówki.

Zresztą już wcześniej używano przeszczepiania błony śluzowej dla zastąpienia ubytku spojówki po usunięciu blizny.

W jednej z następnych swych prac Noiszewski[5]) wskazał van Millingen'a, jako pierwszego, który zaczął przeszczepiać błonę śluzową ust dla zastąpienia usuwanej blizny, ale prof. J. Hirschberg w dopisku do tej pracy zaznaczył, że on już w r. 1876, t. j. znacznie wcześniej od van Millingen'a przeszczepił błonę śluzową z bardzo dobrym wynikiem dla zastąpienia blizny na spojówce po sparzeniu jej wapnem.

Bądź co bądź nie ulega wątpliwości, że przynajmniej przy podwinięciu rzęs van Millingen[6]) pierwszy zaczął przeszczepiać błonę śluzową pod powiekę.

Korzystny wpływ przeszczepianego skrawka błony śluzowej na spojówkę przy podwinięciu rzęs oddawna nasuwał mi myśl zastąpienia skrawkiem zdrowej błony śluzowej spojówki zwyrodniałej przez jaglicę, a zupełnie zadowalniający wynik pierwszego przeszczepienia i odzyskanie wzroku przez chorego, zachęcił mię do prób następnych. Wkrótce też podałem nowe trzy wypadki przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę w Nowinach Lekarskich[7]) i w Centralblatt f. pr. Augenheilkunde[8]), gdzie też pomieszczone były i następne cztery[9]).

Tym sposobem operowałem w r. 1893 2 razy, w r. 1894

13 razy, w r. 1895 16 razy, w r. 1896 7 razy, w r. 1897 8 razy, w r. 1899 3 razy, w r. 1900 8 razy, w r. 1901 6 razy, w r. 1902 7 razy, w r. 1903 4 razy i w r. 1904 2 razy, a razem z poprzednimi 8 wypadkami 84 razy. Z tych 84 wypadków oprócz pierwszych 8 podałem wyniki badania przeszczepiania błony śluzowej ust pod powiekę tylko o 25 wypadkach [10]). Od czasu ogłoszenia ostatniej pracy przybyło nowych wypadków przeszczepienia 51.

## Wskazania i opis operacyi.

Przed przystąpieniem do przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę należy ściśle oznaczyć zarówno wskazania do tego postępowania, jak co i gdzie należy usunąć, gdzie i ile należy przeszczepić.

Co do pierwszego pytania, przeszczepianie błony śluzowej jest stanowczo wskazane tam, gdzie wszystkie inne środki już zawiodły. Przeciwnie tam, gdzie dają nadzieję uleczenia zwykłe sposoby postępowania, należy ich uprzednio wypróbować; szczególnie tam należy unikać przeszczepienia, gdzie rogówka jest zupełnie prawidłowa i prawidłowo wrażliwa.

Czy mają tu znaczenie odmienne własności przybłonka błony śluzowej ust, czy odmienność unerwienia, a raczej brak unerwienia przeszczepianego skrawka, dość tylko, że rogówka wrażliwą jest na tę odmienność i nie raz operowani z prawidłową rogówką skarżyli się na przykre odczuwanie waty na oku, chociaż przedmiotowych oznak podrażnienia rogówki nie było *).

Przeciwnie tam, gdzie sprawie jaglicowej na spojówce powiek towarzyszy łuszczka dziwomięsna, a sprawność wzroku obniżona do samego tylko odczuwania światła przeszczepienie błony śluzowej daje wynik bardzo dobry, a przytem radykalny,

*) Noiszewski. Wrač. Nr 29. 1890. Jakkolwiek dotąd trzymam się tej zasady, to jednak później przekonałem się, że nie wszyscy operowani z prawidłową rogówką są tak wrażliwi na odmienność błony śluzowej przeszczepionej pod powiekę.

jaglica bowiem nigdy nie powstaje na przeszczepionym skrawku.

Nie ulega też wątpliwości, że przeszczepiony skrawek wpływa bardzo korzystnie na sprawę jaglicową w przyległych niepokrytych skrawkiem miejscach spojówki powiekowej.

Miejsca te uwalniają się od jaglicy, jagły bowiem pod wpływem skrawka błony śluzowej ulegają śluzowemu zwyrodnieniu, przytem wydzielina bywa bardzo kleista i dosyć obfita[11]).

Na pytanie drugie, mianowicie, co należy usunąć, odpowiada sama patologia jaglicy: wszak gdyby nie zmiany chorobowe rogówki, jako to nacieki, zmętnienia, łuszczka, jaglica przestała by być klęską społeczeństw i nieszczęściem jednostek, a byłaby tylko przykrą dolegliwością.

Przyjmując więc zachowanie rogówki za punkt wyjścia przy odpowiedzi na pytanie drugie, przychodzimy do przekonania, że przedewszystkiem usunąć należy te części zwyrodnionej spojówki, które bezpośrednio dotykają rogówki.

Wiadomo, że przy jaglicy i naciek i łuszczka powstają zawsze w tych miejscach na rogówce, które pokrywa powieka górna. Łuszczka w tem miejscu jest tak swoistą dla jaglicy przewleklej, że sama obecność łuszczki w górnym odcinku rogówki jest wystarczającą dla rozpoznania jaglicy, stąd łuszczka taka nosi miano »łuszczki jaglicowej« *pannus trachomatosus*. Przeciwnie nigdy łuszczka jaglicowa nie występuje od dołu lub z boków rogówki.

Wiemy tedy, że usunąć należy zwyrodniałą spojówkę na górnej powiece i zastąpić ją skrawkiem przeszczepionym błony śluzowej, ale z założenia naszego, że przy leczeniu jaglicy dbać musimy tylko o rogówkę wypada, że przeszczepiony skrawek niekoniecznie powinien okrywać całą powierzchnię wewnętrzną górnej powieki, ale tylko tę część jej powierzchni, którą dotyka rogówka.

Znacząc tuszem brzeg powieki górnej przy obrotach gałki w kierunku stronowym i średniowym w tych miejscach, w których dotyka ich swym obwodem rogówka, przekonałem się, że skrawek 15 mm długości jest wystarczającym, żeby ro-

gówka nie przekraczała granic przeszczepianego pod powiekę skrawka błony śluzowej *).

Co się tyczy wysokości przeszczepianego skrawka, to górny brzeg jego nie przechodzi po za górny brzeg chrząstki powiekowej, a dolny nie dochodzi do dolnego brzegu powieki na 3 mm; górny bowiem obwód rogówki przy obrotach gałki ku górze nie przechodzi po za górną granicę chrząstki, a dolny pasek przybrzeżny spojówki powiekowej 3 mm szerokości pokrywający przewodziki gruczołów Mejboma najpóźniej zajmuje jaglica, a często bardzo nie zajmuje go wcale.

Po raz pierwszy wykonałem przeszczepienie błony śluzowej z ust pod powiekę przy jaglicy 1-go września r. 1889 u 12-letniej dziewczynki D. F., od lat 4-ch cierpiącej na jaglicę przewlekłą powiek i łuszczkę dziwo-mięsną rogówki, ze sprawnością wzrokową na obu oczach W = Ś (odczuwa tylko światło). U chorej uśpionej chloroformem na spojówce górnej powieki ok. pr. oznaczyłem nożykiem Graefego granice dla przeszczepienia skrawka błony śluzowej. Poprowadziłem cięcie najprzód równoległe do wolnego brzegu górnej powieki i w odległości 3 mm od niego; od końca średniowego i stronowego tego pierwszego cięcia długości 15 mm poprowadziłem dwa cięcia pionowe. Jedno z tych cięć pionowych, mianowicie średniowe było 10 mm wysokości, drugie stronowe 8 mm wysokości i nakoniec połączyłem górne końce pionowych cięć drugiem cięciem równoległem do wolnego brzegu powieki.

W oznaczonym temi czterema cięciami polu dla przeszczepianego skrawka zeskrobałem wszystko aż do chrząstki. Wyciąwszy następnie z dolnej zawargowej okolicy skrawek błony śluzowej długości 15 mm i szerokości 10 mm przy jednym i 8 mm przy drugim końcu skrawka, przeniosłem go na pozbawione błony śluzowej miejsce na wewnętrznej powierzchni powieki górnej. Po ułożeniu umocowałem dolny

---

*) Przez omyłkę drukarską w Centr. bl. fr. pr. Augenheilkunde 1890, zeszyt lutowy, wydrukowano zamiast »1½ cm lang« »½ mm lang« K. N.

brzeg skrawka dwoma szwami nawskróś powieki w odległości 3 mm od swobodnego brzegu powieki, tam gdzie po ustąpieniu jaglicy znajduje się rowek pojaglicowy *(sulcus posttrachomatosus)*, a górny brzeg skrawka dwoma szwami powierzchownymi do spojówki po za górną granicą chrząstki.

Szwy przednie (dolne) dla tego przenikały przez powiekę, żeby je można było zawiązać na skórze i niedrażnić węzełkami rogówki; szwy zaś tylne (górne) nie mogły drażnić rogówki bo były po za górną granicą rogówki.

Po skończonym rękoczynie oko opatrzone roztworem dwuchlorku rtęci 1:5000 i nałożona lekka opaska.

Dzień 2-gi. Skóra na powiece lekko zaczerwieniona, obrzęku niema, wydzielina śluzowa w ilości dosyć znacznej; lekka maceracya skrawka.

Dzień 3 ci. Obrzęku nie ma. Wydzieliny mniej.

Dzień 4-ty. Na skrawku błony śluzowej liczne czerwone kropki wskazują, że skrawek jest już ukrwiony.

Dzień 6-ty. Skrawek różowy, szwy górne zdjęto, lekkie krwawienie.

Dzień 7-my. Zdjęto szwy dolne przenikające przez powiekę; lekkie krwawienie.

Dzień 21-szy. Skrawek błony śluzowej przywarł zupełnie dobrze, chociaż nie trudno go odróżnić od reszty spojówki po większej różowości i jaśniejszym połysku; jaglica zupełnie ustąpiła; rogówka nie ma już barwy mięsistej i przybrała ciemno-szarawe zabarwienie V = palce na odległość 1 m.

Po czterech miesiącach V = 10 mm ($^{6}/_{60}$ Snellena); po roku V = 2 m ($^{6}/_{12}$ Snellena).

Obecnie po latach 16-stu oko to jest zupełnie prawidłowe i od czasu operacyi ani razu nie chorowało.

Nie zawsze jednak wynik bywa tak pomyślny, daleko częściej poprawa nie jest tak wielka, a niekiedy, co prawda bardzo rzadko, wzrok nie polepsza się wcale.

Trudno jest powiedzieć, jaka jest przyczyna małej lub żadnej poprawy wzroku po przeszczepieniu błony śluzowej ust pod powieką; zdaje się jednak, że nie należy przystępować do

przeszczepiania błony śluzowej, aż ustanie w zupełności stan zapalny i podrażnienie w oku dotkniętem jaglicą.

W zamieszczonej w »Przeglądzie chirurgicznym« tabelce 25-ciu operacyi przeszczepienia błony śluzowej z ust pod powiekę 6 razy wynik był b. dobry, 12 razy wynik średni, 3 razy mały i 2 razy zły.

Jak w tym, tak i w następnych wypadkach skrawek błony śluzowej wycinałem z ust tuż za wargą, z tego miejsca błona śluzowa ust zaczyna już być wilgotną; nie należy jednak brać błony śluzowej zbyt głęboko z jamy ust, te bowiem głębokie okolice jamy ust posiadają błonę śluzową grubą i zbyt obfitującą w gruczoły. Należy też pamiętać, że nie łatwo jest wyciąć skrawek błony śluzowej z ust ściśle oznaczonej wielkości, a to dla tego, że błona śluzowa ust jest bardzo rozciągliwa i kurczliwa.

Żeby wycięty skrawek odpowiadał w zupełności przygotowanemu dlań miejscu na powiece górnej, należy przed wycięciem lekkiemi nacięciami oznaczyć wielkość skrawka bez rozciągania błony śluzowej ust, a dopiero później wygładziwszy błonę śluzową ust w granicach oznaczonych pincetą nieco podobną do Snellen'owskiej, ale znacznie większą i wyciąć potrzebny skrawek. — Przy wycinaniu skrawka należy baczyć, żeby był cienkim, t. j. żeby się składał z samego tylko przybłonka bez domieszki tkanki łącznej i gruczołowej. Bo chociaż grubsze skrawki przyrastają równie łatwo, jak cienkie, ale często później ulegają zwyrodnieniu.

Należy starać się odrazu cienką warstwą odcinać skrawek, po wycięciu bowiem trudniej robić go cieńszym. Dla tego, żeby skrawek błony śluzowej był odcięty cienko, należy, ująwszy cążkami brzeg nadciętego skrawka, przeprowadzić nożyk Graefe'go na płask z jednej strony skrawka na drugą i ile można blizko jego powierzchni i piłującymi ruchami prowadzić nożyk płasko od jednego końca skrawka do drugiego. Cienko odcięty skrawek jest bardzo lepki, zwija się i z łatwością lepnie do rany, przeciwnie. skrawek gruby,

nie jest lepki, nie zwija się i trudniej przystaje do rany. Gdyby jednak odcięty skrawek był gruby i zawierał tkankę łączną i gruczołową, wtedy ułożywszy go na dłoni stroną przybłonkową oczyszcza się go nożyczkami.

Przy zakładaniu dolnych szwów należy uważać, żeby brzeg skrawka ściśle przylegał do brzegu rany na powiece a nie ześlizgiwał się ku dołowi, inaczej bowiem brzeg ten, znajdując się na nieokrwawionym i pokrytym przybłonkiem brzegiem powieki, nie przyrasta a wisi swobodnie. A chociaż ta wisząca część skrawka nie wpływa ujemnie na ostateczny wynik operacyi, to jednak powikłania tego należy starannie unikać, jak ze względów operacyjnej techniki. tak również i dla tego, że skrawek mniejszą powierzchnią przyrastający do powieki gorzej jest odżywiany, łatwiej ulegać może zwyrodnieniu, a więc i mniej korzystnie wpływa na odżywianie rogówki.

Zresztą wiele jest przyczyn nie ścisłego przylegania skrawka do rany: najczęstszą oczywiście jest różnica wymiarów rany i skrawka, następnie grubość skrawka, niedokładne usunięcie zwyrodnionego utkania spojówki powiekowej i nakoniec nieprawidłowe założenie szwów.—Przekłuwać należy zawsze naprzód brzeg skrawka, a dopiero po przekłuciu skrawka, przekłuwać brzegi rany w spojówce. Po przekłuciu należy ściągnąć brzeg skrawka z brzegiem rany, ale jeszcze nie zawiązywać, odkładając zawiązanie do czasu aż wszystkie cztery szwy zostaną założone; pozwoli to nam w razie potrzeby zmienić ułożenie skrawka. Gdy dolny brzeg skrawka jest umocowany do dolnego brzegu rany przystępujemy do połączenia górnego brzegu skrawka z górnym brzegiem rany, co jest czynnością o wiele łatwiejszą, bo górne szwy są powierzchowne. Dla połączenia górnego brzegu skrawka ze spojówką powieki górnej wystarczają zwykle dwa szwy, stronowy i średniowy. Nigdy też nie należy zakładać szwów pośrodku skrawka, tutaj bowiem mogłyby drażnić rogówkę.

Po założeniu górnych szwów pole operacyjne obmywa się, powiekę odwraca i po wyrównaniu dolnego brzegu skra-

wka, zaciskają się mocniej dolne szwy i zawiązują się na zewnętrznej skórnej powierzchni powieki.

Następnie po obmyciu powiek roztworem dwuchlorku rtęci 1:5000 nakłada się opaska srebrowa (Collargol).

W ten sposób operowałem trzy razy [14]) w pierwszej połowie r. 1890 i cztery razy [15]) w drugiej połowie tegoż roku. Pomiędzy tymi siedmiu przypadkami przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę, w jednym tylko przypadku została przeszczepioną błona śluzowa pod powiekę oka z zupełnie prawidłową rogówką. Był to 60-letni włościanin L., z Kurlandyi. Spojówka powieki pr. oka zupełnie prawidłowa W = 1 mm ($^6/_6$ Snellena), spojówka powiekowa oka lewego dotknięta jaglicą *(trachoma induratum)*. Rogówka prawidłowa W = 1 mm. Zwyrodnienie spojówki, jej gruczołów i utkania podspojówkowego zmusiły mię do usunięcia zwyrodnionej spojówki i zastąpienia jej skrawkiem błony śluzowej ust. Wykonanie tego zabiegu ręcznego i przebieg po nim były bez zarzutu, a jednak chory skarżył się potem, że odczuwa »niby watę pod powieką«. Wypadek ten powstrzymywał mię w ciągu 3-ch lat od wykonywania przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę przy rogówce nienaruszonej i przezroczystej.

Po 3-ch jednak latach przybył do mnie znowu ten sam chory prosząc o wykonanie takiego samego zabiegu ręcznego i na oku prawem. Jakoż okazało się, że spojówka górnej powieki oka prawego była obecnie dotknięta jaglicą, chrząstka wykrzywiona, sama powieka opuszczona, a rogówka pokryta łuszczką. Sprawność wzrokowa tego oka była W = 20 mm zamiast uprzedniej W = 1 mm. Przeciwnie oko lewe leczone ręcznie przed trzema laty przedstawiało się zupełnie inaczej: szczelina powiekowa szeroka, powieka górna nie opuszczona, na wewnętrznej powierzchni powieki górnej przeszczepiony skrawek błony śluzowej ust prawie się nie różni od pozostałej spojówki, spojówka gładka, lśniąca, nigdzie żadnej jagły; rogówka całkowicie przezroczysta. Łzawienia, światłowstrętu, nieprzyjemnego odczucia obecności waty pod powieką już bardzo dawno nie ma; W = 1 mm ($^6/_6$ Snellena). W kilka lat później

przeszczepiłem błonę śluzową ust u młodzieńca cierpiącego na t. zw. nieżyt wiosenny, którego rogówki były zupełnie przezroczyste. Chory po tym zabiegu ręcznym czuje się dotąd zupełnie zdrowym i żadnego nieprzyjemnego odczucia obecności waty pod powieką nie odczuwał.

Chociaż więc wypadki powyższe stanowczo przemawiają na korzyść przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę i przy rogówkach przeziernych, to jednak przeszczepianie błony śluzowej ust wskazane jest głównie w wypadkach, łuszczki dziwomięsnej i wzroku doprowadzonego do W = liczenie palców. W tych wypadkach skutki przeszczepienia błony śluzowej są wprost zdumiewające.

Przeszczepiany skrawek błony śluzowej wpływa dobroczynnie i na przyległe części spojówki: jaglica szybko z nich ustępuje, a spojówka oczyszcza się.

Oczyszczeniu temu towarzyszy zwykle obfita i klejkowata wydzielina.

A chociaż nieraz się zdarza, że na pozostałej spojówce pozostają tu i ówdzie przez czas dłuższy pojedyncze jagły, nigdy jednak nie znajdzie się jagła na przeszczepionym skrawku.

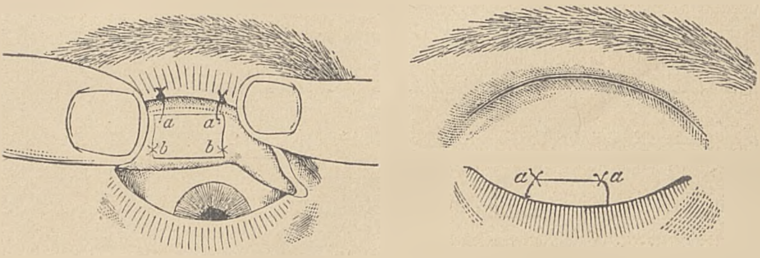
W r. 1891 Dr Sapieżko[16]) wydał obszerną pracę o przeszczepianiu błony śluzowej, w której omawiając w ogóle warunki przeszczepiania błony śluzowej dotyka i pytania o przeszczepianiu błony śluzowej w jaglicy.

Przeszczepiać zaczął Dr Sapieżko błonę śluzową ust przy jaglicy od r. 1890, mianowicie po raz pierwszy przeszczepił 24 marca r. 1890; zresztą już przedtem przeszczepił Dr Sapieżko błonę śluzową ust przy wilku, ale wypadku tego nie ogłaszał. Zaraz po ukazaniu się mej pracy w »Centralbl. f. pr. Augenheilkunde« (zeszyt lutowy r. 1890) profesor Chodin napisał artykuł, który miał dowieść, że myśl przeszczepiania spojówki nie tylko przy wilku. ale i przy jaglicy powstała u asystenta Dr Sapieżki, ponieważ Dr Sapieżko przeszczepił błonę śluzową ust przy wilku, a prof. Chodin na III-m zjeździe lekarzy rosyjskich w Petersburgu w odpowiedzi na zapytanie

Dr Talki powiedział, że przeszczepianiem błony śluzowej ust można będzie leczyć »xerosis (suchość) spojówki«[17].

Sposób Dr Sapieżki polega na tem, że usuwa on całkowicie spojówkę nie tylko obydwóch powiek, ale i gałki aż do rogówki, a z powiek usuwa nie tylko spojówkę, ale i obie chrząstki całkowicie.

Przenosi następnie dwa ogromne płaty błony śluzowej po 3 cm × 5 cm. to jest po 15 cm kw. każdy, a zatem razem




*A* — odwinięta górna powieka.
*B* — przymknięte powieki.
.... Sulcus post trachomatosus.
*a a* — szwy przednie przenikające powiekę.
*b b* — szwy powierzchowne.

na górną i dolną powiekę 30 cent. kw. błony śluzowej ust. Górnym płatem wyściela na górną powiekę. pozbawioną chrząstki, górne zagłębienie worka spojówki i górną połowę gałki aż po brzeg rogówki, dolnym zaś dolną powiekę, dolne zagłębienie worka spojówki i dolną połowę gałki aż po brzeg rogówki. Dla przymocowania przeszczepionych płatów zakłada 10 szwów u przedniego brzegu górnej powieki, 5 szwów przy górnym brzegu rogówki, tyleż szwów zakłada u przedniego brzegu dolnej powieki i przy dolnym brzegu rogówki. Oprócz tego dodaje jeszcze po 3 szwy z dwóch stron rogówki na gałce tam, gdzie płaty górny i dolny stykają się ze sobą i po 2 głębokie szwy dla przyczepienia płatów w górnym i dolnym zagłębieniu worka spojówki, razem 40 szwów.

Chociaż Sapieżko gorąco zaleca swą metodę, zachęcając

lekarzy, aby go naśladowali, jednak własne jego przypadki dały wcale nie zachęcające wyniki. Opadnięcie powieki górnej i unieruchomienie gałki oka w mniejszym lub większym stopniu otrzymywał on w każdym przypadku nie licząc innych powikłań.

Zaprawdę trudno zrozumieć dla czego autor całkowicie usuwa chrząstki i spojówkę i to nie tylko na powiekach ale i na gałce aż po brzeg rogówki. Być może zresztą podobny radykalizm znajdzie pobłażanie przy raku, gruźlicy, wilku, ale nigdy przy jaglicy. Cóż bowiem zmusza autora do usuwania spojówki gałkowej, chyba spostrzeżenie, że i na spojówce gałki znajdują się niekiedy pojedyncze jagły *(folliculi)*.

Ależ jagły to nie gruzełki i same przez się wcale nie są szkodliwe; tylko tam, gdzie nacieczona spojówka obumarłemi swemi komórkami naciera nabłonek rogówki, sprowadzając nacieczenia i w tkance podnabłonkowej, wynika konieczność usunięcia zwyrodnionych części i zastąpienia ich przez nowy skrawek błony śluzowej.

W wielu przypadkach, leczonych przeszczepieniem błony śluzowej ust, sprawność wzrokowa powiększała się z samego tylko odczuwania światła niekiedy aż do 3, a nawet do 20 m ani razu przytem nie występowały powikłania ze strony rogówki, chociaż gdzie niegdzie dawały się spostrzegać pojedyncze jagły, ale n i g d y n i e b y ł o j a g i e ł na skrawku, t. j. na tej części górnej spojówki, która stale dotyka do rogówki.

Od r. 1890 do r. 1899 wykonałem 40 razy przeszczepienia błony śluzowej ust w jaglicy przewlekłej, z tych 40 przeszczepień o 25-u dałem sprawozdanie w »Przeglądzie chirurgicznym«[18]), a opis 15-u pozostałych znajduje się w dysertacyi dla pozyskania stopnia doktorskiego paryskiego uniwersytetu Olgi Ł a t y s z o w e j. Olga Ł a t y s z o w a uważa metodę Dr S a p i e ż k i polegającą na usuwaniu całkowitem spojówki z powieki i gałki za wielce niebezpieczną dla oka; niebezpieczeństwo to według niej polega najprzód na tem, że w razie nie przyrośnięcia błony śluzowej oko pozbawione całkowicie spojówki musi zginąć, powtóre usunięcie spojówki gałkowej sprowadza zaburzenia w odży-

wianiu rogówki i po trzecie co najważniejsza, co zresztą opowiada nam sam Dr Sapieżko, sposób jego sprowadza zaburzenia ruchu gałki i powiek.

Olga Łatyszowa uważa sposób Sapieżki za wskazany jedynie w wypadkach złośliwych nowotworów spojówki [19]).

Przeciwnie sposób Noiszewskiego, według Olgi Łatyszowej, jest nie tylko zupełnie bezpieczny i nie sprowadza żadnych nieprzyjemnych powikłań, ale przeciwnie wywiera wpływ niezmiernie dobroczynny na istniejące już zaburzenia w odżywianiu rogówki, a równie i na sprawę jaglicy całej spojówki, a więc zająć powinien miejsce poczesne jako sposób leczenia jaglicy przewlekłej.

Wprawdzie Th. Saemisch [20]), omawiając choroby spojówki kilka zaledwie wierszy poświęca przeszczepianiu błony śluzowej przy jaglicy, twierdząc przytem, że próby te nie dają pożądanych wyników »Man hat den Versuch gemacht, die in ein Narbengewebe verwandelte Bindehaut durch Transplantation anderer Schleimhautstücke (Noiszewski) zu ersetzen, derselbe erwies sich aber als erfolglos, da es nicht möglich war, eine dauernde ausreichende sekretorische Thätigkeit der eingepflanzten Gewebsstücke hervorzufen«) ale mówi on tu wyłącznie o przeszczepianiu błony śluzowej ust przy istniejącem już schnięciu rogówki *(xerosis)*.

Na 57 wypadków przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę przy jaglicy przewlekłej w jednym tylko wypadku spostrzegłem zeschnięcie rogówki, ale w wypadku tym już przed operacyą rogówka poczynała usychać, a i po kilku latach zeschnięcie nie było większe, chociaż i poprawy nie było. Spojówka przeszczepiona była w zupełnie dobrym stanie różowa i soczysta. W pozostałych zaś 56 wypadkach ani razu nie widziałem schnięcia, chociaż wiele z nich widziałem po roku, dwóch, a nawet po 15 latach po przeszczepieniu.

Podając sposób leczenia przewlekłej jaglicy przeszczepianiem błony śluzowej ust nie miałem też na myśli leczenia tem przeszczepieniem zeschłych już rogówek. ale dotkniętych jaglicą przewlekłą powiek i łuszczką jagliczą rogówek; chociaż

przypuszczam, że przeszczepienie zapobiega schnięciu tam, gdzie schnięcie jeszcze nie wystąpiło.

Opierając się na 57 wypadkach przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę przy jaglicy przewlekłej spojówki powiekowej i rogówki utrzymuję, że:

1) jest ono wskazane w tych wszystkich wypadkach, w których inne sposoby leczenia zarówno ręczne jak i lekowe zawiodły, a szczególniej tam, gdzie jaglicy towarzyszy łuszczka dziwomięsna sprawność zaś wzrokowa obniżona do samego tylko odczuwania światła.

2) Przeszczepianie błony śluzowej ust nie jest wskazane tam, gdzie można jeszcze spodziewać się uleczenia innymi sposobami i gdzie rogówki są jeszcze zupełnie prawidłowe, chociaż i w tych wypadkach przeszczepianie dokonane *lege artis* nie zawadzi.

3) Nie należy przeszczepiać błonę śluzową w tych wypadkach, gdzie obfitą jest wydzielina śluzowa i ropna dopóty, dopóki wydzielina albo nie ustąpi całkowicie, albo stanie się nieznaczną.

4) Skrawek przeszczepiony powinien być cienki, o ile można z samej tylko warstwy przybłonkowej; grube skrawki łatwiej ulegają zwyrodnieniu.

5) Należy baczną zwracać uwagę na stan błony śluzowej, którą mamy przeszczepiać; nieraz bowiem zdarza się, że błona śluzowa już w ustach jest niezdrową. Brana do przeszczepienia błona śluzowa powinna być cienką, gładką i bladą; nie należy też wycinać skrawka z miejsc zbyt daleko od otworu ust leżących. Błona śluzowa starców mniejszą ma wartość, przeciwnie, błona śluzowa dzieci jest doskonałą; pomimo to jednak nawet błona śluzowa starców daje nieraz wyniki zupełnie zadawalniające.

## Literatura.

1. Knapp. American Ophthal-Society. Wrzesień 1891.
2. Schroeder, Dniewnik IIIgo Sjezda vas. Wraczej w Petersburgu 7go stycz. st. st. 1889 z br. 245.

3. Sroczyński. VI Zjazd lek i przyrodn. pol. 1891.
4. Noiszewski. Gaz. Lek. Nr 40. 1889.
5. Noiszewski. Centralblatt f. pr. Aughk. Augustheft. 1890.
6. Van Millingen. Trianual Report. 1877.
7. Now. Lek. Nr. 1. 1890.
8. Centralblatt f. pr. Augh. 1790 z. lutowy.
9. Centralblatt f. pr. Augh. 1890. z. sierpniowy.
10. Noiszewski. Leczenie operacyjne jaglicy i łuszczki. Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę, jako sposób usuwania jaglicy przewlekłej i w szczególności ciężkich postaci łuszczki 25 nowych wypadków. — Przegląd Chirurgiczny. T. 3. Z. 4.
11. Noiszewski. Wrač. 29. 1890.
12. Noiszewski. Przeszczepianie spojówki przy jaglicy Now. Lek. Nr. 1. 1890.—Conjunctivale Plastik und eine radikale Heilmetode des chronischen Trachoms, Centr. bl. f. pr. Augh. 1890.
13. Noiszewski. Wracz Nr. 29. 1890.
14. Sapieżko. Kliniczeskij materijał k woprosu o pieriesadkie slizistoj obołoczki. Wiest. oftałmologii r. 1891.
15. Wracz Nr. 29. 1990. Dniewnik III. Sjezda ros. wraczej, str. 150. Petersburg.
16. K. Noiszewski. Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę jako sposób usuwania jaglicy przewlekłej 25 nowych przypadków. Przegl. chirurg. T. III. z. IV. r. 1891.
17. Olga Łatyszew. Le traitement du trachome et de quelques unes de ses complications par la greffe de la muqueuse buccale. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1899.
18. Olga Łatyszew l. c. str. 8.
19. Th. Saemisch. Die Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sklera. Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilk. 2. Aufl. Kap. IV. str. 204.

## II. STRESZCZENIA.

### Przegląd czasopism.

**Archives d'Ophtalmologie.** Nr 8. R. 1905. (Referent Doc. Dr K. W. Majewski).

*Akromegalia i hemianopsia bitemporalis* (Acromégalie et hemianopsie bitemporale). Lapersonne.

Do kliniki okulistycznej w l'H ô t e l - D i e u zgłosiła się 49letnia kobieta z powodu upośledzenia wzroku. Badanie wykazało częściowy zanik obu nerwów wzrokowych, znaczne upośledzenie bystrości wzroku, zwłaszcza po stronie prawej i znamienne zwężenie pola widzenia, odpowiadające hemianopsyi skroniowej obustronnej, były bowiem zachowane tylko przyśrodkowe części nosowych połów obu pól widzenia. Chora opowiadała, że wzrok podupadał u niej już od szeregu lat, a oprócz tego zauważyła u siebie inne szczególne objawy. I tak: głos stał się od pewnego czasu nieco bełkocący. Począwszy od 30 roku życia powiększały się jej ręce i stopy tak, że obrączkę ślubną musiała co kilka lat dawać do rozszerzania, tożsamo zwiększać stopniowo numer rękawiczek i trzewików. Badanie przedmiotowe wykazywało istotnie dość wyraźne, nieproporcyonalne do wzrostu ciała powiększenie rozmiarów rąk i stóp, polegające nie tyle na przyroście części miękkich, jak na zgrubieniu skieletu. Tożsamo uderzały nieco niezwykle zgrubiałe rysy twarzy, a wreszcie dało się stwierdzić mięsiste zgrubienie języka i wyraźne powiększenie gruczołu tarczykowego. Dla ustalenia rozpoznania akromegalii, pozostawało tylko przekonać się o powiększeniu przysadki mózgowej. Za istnieniem takiego powiększenia przemawiał pośrednio radyogram czaszki, na którym widać było wyraźnie zwiększenie rozmiarów siodełka tureckiego.

Autor omawia zupełnie dotąd niewyjaśnioną patogenezę gigantyzmu i akromegalii. Gigantyzm nazywa on za innymi akromegalią wieku dorastania. W obu stronach zaburzenia ze strony nerwów wzrokowych nie należą do rzadkości, co łatwo zrozumieć, uwzględniając bliskie sąsiedztwo skrzyżowania tychże nerwów i przysadki mózgowej, która zwłaszcza przy akromegalii bywa niemal stale siedliskiem zmian patologicznych i okazuje albo przerost zwyczajny, albo przemianę nowotworową. Przy nadmiernym wzroście w wieku młodocianym występują również zaburzenia wzrokowe, najczęściej jednak pod postacią astenopii.

Autor zwraca uwagę na ciekawe doświadczenia, jakie robił w tym kierunku L. D o r na zwierzętach. Opierając się na znanym fakcie, że u eunuchów kończyny dolne i wogóle cała część ciała poniżej stanu bywa często nadmiernie rozrośniętą, wykonywał on u młodych zwierząt zastrzykiwania B r o w n - S é q u a r d a i uzyskiwał istotnie zwolnienie lub nawet powstrzymanie fizyologicznego wzrostu. W doświadczeniach tych możnaby widzieć wskazówkę terapeutyczną dla różnego rodzaju zaburzeń nerwowych wzroku u dzieci za szybko rosnących.

*Pozorne zapalenie spojówek noworodków, pochodzące*

*od zajęcia przewodu łzowego* (Dacryocystite congénitale attenuée pseudo-conjonctivite des nouveau-nés d'origine lacrymale). Péchin.

Autor zwraca uwagę na nie zbyt rzadką postać nieżytowego zapalenia spojówek u noworodków, zazwyczaj na jednem oku, którego właściwą przyczynę, często zapoznawaną, stanowi niedrożność przewodu nosołzowego. Cierpienie objawia się przekrwieniem i rozpulchnieniem spojówek powiek i załamków, zaczerwienieniem brzegów powiekowych i miernego stopnia wydzieliną śluzoworopną. Z woreczka łzowego częstokroć nic wycisnąć się nie daje i to bywa powodem przeoczenia właściwej przyczyny choroby. Stan spojówek pomimo stosowania środków ściągających, jak cynk, argentamina, azotan srebrowy itd., nie doznaje poprawy, a cierpienie ustępuje dopiero, gdy się uda przestrzyknąć skutecznie przewód nosołzowy, ewentualnie po poprzedniem założeniu sondy. Załzawienie oka chorego, oraz ta okoliczność, że podczas płaczu dziecka wilgotnieje tylko jedna dziurka nosa i to po stronie oka niezajętego, powinny zwrócić uwagę lekarza na właściwą etyologię cierpienia w tych przypadkach, gdzie zresztą żadnych innych objawów ze strony przewodu nosołzowego stwierdzić nie można. Często jednak w przebiegu choroby przychodzi wprost do ropnego zapalenia woreczka łzowego, a wtedy sprawa od razu się wyjaśnia. W innych razach zapalenie spojówek samoistnie, i to dość nagle, ustępuje. W kilku podobnych przypadkach stwierdził autor wydostanie się z dolnej części przewodu nosołzowego przez otwór nosowy na zewnątrz czopa przybłonkowego, stanowiącego niejako odlew kanału. Analogicznie do *meconium intestinale* nazywa autor tę, niewątpliwie jeszcze z życia płodowego pochodzącą wydzielinę: *meconium nasale*. Dla illustracyi klinicznego obrazu cierpienia, które nazywa *pseudoconjunctivitis lacrymalis neonatorum* przytacza autor 11 spostrzeżeń, częścią własnych, częścią Antonellego, a częścią Monthusa.

*Zaraźliwość jaglicy* (Contagion de trachome). Poulard.

Autor podaje do publicznej wiadomości, że do kliniki w l'Hôtel-Dieu zgłosił się ojciec z córeczką, oboje dotknięci typowemi zmianami jaglicowemi na spojówkach. Badanie, które autor przeprowadził w mieszkaniu chorych wykazało, że cała rodzina, złożona z ojca, matki i pięciorga dzieci, okazywała na oczach zmiany jaglicowe. Jedna ze sąsiadek i córka tejże, które utrzymywały stosunki z wymienioną rodziną trachomatyków były również jaglicą dotknięte. Na podstawie tego dowodzi autor, że jaglica jest niewątpliwie chorobą zaraźliwą. Ogłoszenie powyższych spostrzeżeń w po-

ważnem piśmie okulistycznem może znaleść usprawiedliwienie chyba o tyle, o ile prawdziwem jest zdanie autora, że nie brak jeszcze we Francyi okulistów, którzy powątpiewają w zaraźliwość jaglicy.

Nr 8 i 9.

*Zranienia oka wskutek wypadków przy pracy; rozmyślna symulacya i agrawacya* (Blessures de l'oeil à la suite d'accidents du travail; simulation et aggravation volontaires). Prof. Baudry z Lille.

Jest to dość obszerna monografia, odnosząca się przeważnie do udawania ślepoty lub innych zaburzeń wzrokowych. jakiego dopuszczają się robotnicy, celem uzyskania renty od pracodawcy, albo odszkodowania od towarzystwa ubezpieczeń.

Autor, mający w tym względzie rozległe doświadczenie, jako stały znawca sądowy w jednym z najbardziej przemysłowych i fabrycznych okręgów we Francyi dochodzi w swej pracy do następujących wniosków:

1) Symulanci obierają narząd wzrokowy częściej, niż jakikolwiek inny za pole do symulacyi, agrawacyi lub dyssymulacyi głównie z tego powodu, że upośledzenie wzroku bywa zwykle jedną z najważniejszych przeszkód do wykonywania różnego rodzaju zawodów i staje się tym sposobem przyczyną niezdolności zarobkowej. Powtóre, dzieje się to zapewne i dlatego, że wykrycie udawania zmian ocznych bywa zazwyczaj trudniejsze, niż zaburzeń w innych narządach ustroju. Symulanci w zakresie zmian w narządzie wzroku dzielą się na trzy grupy:

2) Do pierwszej najmniej licznej grupy należą ci, którzy nietylko zwodzą znawcę co do upośledzenia czynności narządu wzrokowego, ale także co do samejże przyczyny tegoż, innemi słowy tacy, u których nietylko upośledzenie wzroku, ale i sam wypadek, który rzekomo ma być jego powodem, jest zmyśleniem i wymysłem. Tu zalicza autor także i tych, co samoistnie występującą chorobę oczną przypisują doznanemu rzekomo przy pracy wypadkowi. W niektórych podobnych przypadkach n. p. *keratitis hypopyon* rozstrzygnięcie może być trudne.

3) Do drugiej grupy należą ci symulanci, którzy zmiany widoczne na oku odnoszą do rzeczywiście doznanego wypadku przy pracy, jakkolwiek istniały już one przed wypadkiem, lub powstały od niego niezależnie. Peryodyczne badania oczu robotników, połączone z pilnem zapisywaniem znalezionych zmian patologicznych najskuteczniej zapobiegnie tego rodzaju symulacyi, a zresztą we

większości przypadków fachowa wiedza okulistyczna pozwoli znawcy wydać sprawiedliwe orzeczenie.

4) Do trzeciej, najliczniejszej grupy zalicza autor tych, co udają zmiany czynnościowe, ślepotę lub niedowidzenie i uporczywie trwają w symulacyi, mimo, że najściślejsze badanie przedmiotowe żadnych zmian dostrzegalnych nie wykrywa. Udawanie obustronnej ślepoty, dla samego symulanta niezmiernie uciążliwe, należy do rzadkich przypadków. Autor w czasie 25letniej praktyki sądowo-lekarskiej tylko trzy razy spotkał się z tego rodzaju symulacyą. W takich razach zazwyczaj nie dopisuje symulantom wytrwałość, a lekarzowi czas i cierpliwość pomogą w wykryciu prawdy. Dla wykrycia symulacyi jednostronnej ślepoty mamy do rozporządzenia cały szereg zmyślnych sposobów i forteli, którym najsprytniejszy nawet symulant wreszcie uledz musi.

5) Ze sprawą symulacyi łączy się ściśle ważne zagadnienie zaburzeń t. zw. hysterotraumatycznych. Podczas gdy jedna część autorów zaburzenia te uważa za odmianę hysteryi, wywołanej wypadkiem przy pracy i dającej się uleczyć przez przyznanie odszkodowania, inni autorowie wnioskując głównie *ex juvantibus* uważają je raczej za odmianę symulacyi. Autor skłania sią raczej do pierwszego przypuszczenia i jest zdania, że ścisłe badanie, a w pierwszym rzędzie uwzględnienie psychicznego stanu poszkodowanego pomoże doświadczonemu i bystremu znawcy odróżnić hysteryka od symulanta.

6) Zdarzają się przypadki, że robotnicy doznawszy uszkodzenia, lub nawet straciwszy jedno oko wskutek wypadku skarżą się na różne niepokojące objawy ze strony oka drugiego. Czynią to oni częstokroć w dobrej wierze, zostając pod wpływem suggestyi, która stąd wypływa, że słyszeli coś o zapaleniu współczulnem i ogarnia ich trwoga przed zupełną utratą wzroku. I tutaj przenikliwość znawcy musi oddzielić prawdę od urojenia.

7) Autor obszernie omawia sprawę ociągania się uległych wypadkom robotników od powrotu do pracy. Czynią to oni pod różnymi pozorami. Częstokroć leczą się niedbale lub nawet potajemnie starają się sami stan uszkodzonego oka pogorszyć i leczenie przedłużyć. Autor przytacza i omawia obowiązujące w Francyi przepisy prawne, mające na celu zapobiedz tego rodzaju nadużyciom.

8) Na końcu pracy omawia autor ze stanowiska lekarskiego, prawniczego i ekonomicznego sposoby, których użyćby należało, dla położenia tamy symulacyi i agrawacyi, do których pociąg wzmógł się od czasu wprowadzenia w niektórych państwach ustawy o przymusowem ubezpieczeniu robotników od wypadku przy pracy.

Nr 9.

*Narośl zewnątrzgałkowa o komórkach piankowatych* (Tumeur épibulbulbaire à cellules écumeuses). Van Duyse z Gaudawy.

Autor wyciął u trzyletniego dziecka narośl przypłaszczoną, wychodzącą z tkanki przytwardówkowej, a zajmującą górnowewnętrzny odcinek przedniej części gałki ocznej. Narośl ta, z jednej strony sięgała do górnego załamka, z drugiej przekraczała o dwa milimetry brzeg rogówkowy. Silnie zrośnięta z podstawą, barwy żółtawej, skąpo unaczyniona, zbitości prawie twardej, narośl ta istnieć miała od dwóch lat i nie powodowała nigdy żadnych objawów zapalnych. Klinicznie rozpoznano *dermolipoma*, badanie jednak histologiczne nie potwierdziło tego rozpoznania. Przedewszystkiem kwas osmowy nie wywołał zabarwienia czarnego, nowotwór zatem nie zawierał tłuszczu. Główną część składową narośli stanowiły komórki o licznych wakuolach, tworzące razem tkankę gąbczastą. Tak swoją barwliwością, jak znamionami morfologicznemi odpowiadały one t. zw. komórkom piankowatym *(cellules écumeuses, Schaumzellen)*, opisanym przez Sick'a. Dalsze szczegóły histologiczne przemawiały za śródbłonkowem pochodzeniem narośli i wykazywały stosunkowo najwięcej wspólnych znamion z opisanym niedawno przez autora nowotworem pod nazwą *xanthoma conjunctivae* *).

*Mięsak barwikowy tęczówki* (Melanosarcome de l'iris). Poulard.

W paryskiej klinice okulistycznej w l'Hôtel-Dieu wyłuszczono u 55letniej kobiety gałkę oczną z powodu guzka barwy ciemnej, wychodzącego z górnej części tęczówki, wielkości soczewki ocznej, zwisającego w przedniej komorze tak, że zasłaniał źrenicę. Badanie histologiczne stwierdziło utkanie mięsaka ze znacznem nagromadzeniem barwika. Nowotwór wychodził ze *stroma* tęczówki. Warstwa przybłonka barwikowego nie była wcale zajętą. Natomiast ku górze wchodziły wypustki nowotworowe w obręb ciała rzęskowego. Ta ostatnia okoliczność wskazuje, że słusznie postąpiono, poświęcając gałkę oczną, sama bowiem choćby zupełnie dobrzeżna irydektomia nie byłaby uchroniła oka od nawrotu. Rysunek, przedstawiający przekrój poziomy przedniego odcinka gałki ocznej daje wyobrażenie o rozmiarach i postaci guzka.

*O wpadnięciu gałki urazowem i patogenezie tegoż* (Sur l'énophtalmie traumatique et sa pathogénie). I. Bistis.

---

*) Porównaj. Post. okulist. 1905. str. 254.

*Enophthalmus traumaticus* może, ogólnie biorąc, przyjść do skutku w dwojaki sposób: Albo ulegnie złamaniu któraś ze ścian oczodołu, przez co zwiększa się tegoż pojemność, a tem samem gałka oczna wgłąb się zapada, albo uraz, nieraz nieznaczny, zadany w okolicę oka, powoduje na drodze nerwowej zapadnięcie się gałki w głąb oczodołu. Zdaniem autora tylko w tym ostatnim razie można mówić o *enophthalmus traumaticus* w ścisłem tego słowa znaczeniu. Istnieje cały szereg teoryi, objaśniających powstanie tej zmiany: Gessner i Loew przyjmują zapalenie okostnej i tkanki oczodołowej, która następnie kurcząc się, wciąga w głąb gałkę oczną. Lederer takąsamą retrakcyę odnosi do krwotoku pozagałkowego. Shoemaker przypuszcza przerwanie więzów, łączących torebkę Tenona z brzegami oczodołu. Himly przyjmuje zmianę odżywczą na tle nerwowem, powodującą zanik tłuszczu oczodołowego. Makłakow, Beer i Schapringer tłumaczą *enophthalmus* zaburzeniami, w zakresie nerwu współczulnego, wywołanemi bądź to wprost przez uraz, bądź to przez krwotok urazem spowodowany. Ze wszystkich tych teoryi najprawdopodobniejszą wydaje się autorowi teorya Schapringera, przyjmująca porażenie włókien nerwu sympatycznego z następowem porażeniem mięśnia oczodołowego Müllera. Autor podaje opis przypadku, w którym niemal bezpośrednio po stłuczeniu okolicy nerwu nadoczodołowego wytworzył się wybitny *enophthalmus*. W przypadku tym, jak i we wielu podobnych zadrażnienie nerwu nadoczodołowego musiało przenieść się przez *ganglion ciliare* na nerw współczulny, upośledzając jego czynność i sprowadzając temsamem porażenie gładkich włókien mięśnia Müllerowskiego.

*Lymphosarcoma primitivum glandulae lacrymalis* (Un cas de lympho-sarcome primitif de la glande lacrymale orbitaire avec examen histologique) Gendron i Servel.

Wedle Panasa i Lagrange'a opisano dotąd nie więcej jak dziesięć przypadków pierwotnego mięsaka gruczołu łzowego. Autorowie podają nowe spostrzeżenie: 18letni robotnik stolarski zgłosił się z powodu podwójnego widzenia: Prawe oko lekko wysadzone oraz przemieszczone ku dołowi wewnątrz. W miejscu odpowiadającem gruczołowi łzowemu wyczuć było można guz przypłaszczony, miękki, do gałki przylegający. Gdy po kilku miesiącach rozmiary guza znacznie się powiększyły, wyłuszczono takowy, przyczem okazało się, że nowotwór zajmował istotnie gruczoł łzowy i w całości zawarty był w torebce łączno-tkankowej. W jednem tylko miejscu torebka ta była już przez nowotwór przeżartą. Badanie mikroskopowe wykazało typowe utkanie *lymphosarcoma*.

Chory, który z początku po operacyi miał się zupełnie dobrze, zwłaszcza, że oko z prawidłową bystrością dało się utrzymać, umarł w pół roku po operacyi wśród objawów mózgowych. Był to niewątpliwie przerzut nowotworowy, którego punktem wyjścia było wspomniane wyżej miejsce w torebce, zajęte naciekiem mięsakowym.

Nr 10.

*Szyja krzywa pochodzenia ocznego* (Torticolis oculaire et strabisme sursum-vergent). Lapersonne.

Cuignet w r. 1873 pierwszy wykazał, że niektóre przypadki *torticollis* leczone bezskutecznie, bądź to ortopedycznie, bądź chirurgicznie zależą w istocie od zaburzeń równowagi mięśni ocznych, mianowicie od *strabismus sursumvergens,* i mogą być wyleczone tylko zapomocą operacyi ocznej.

Przypadki *strabismus sursumvergens* niepowikłane zezem zbieżnym ani rozbieżnym są bardzo rzadkie i są pochodzenia albo porażennego, albo spastycznego. Najczęściej jednak jest to wada wrodzona i polega na niedomodze mięśnia skośnego górnego. Autor opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do 7letniego chłopczyka, który stale trzymał głowę pochyloną o 15 do 20° ku barkowi lewemu. Przy takiem ułożeniu głowy obydwa oczy ustawione były względem szpary powiekowej prawidłowo. W miarę, jak przemocą naprostowywano głowę, rogówka oka prawego podnosiła się ku górze, a przy pochyleniu głowy ku barkowi prawemu chowała się nawet zupełnie pod górną powiekę. Przy równem ustawieniu głowy *strabismus sursumvergens* oka prawego dochodził do 25°. Dwuwidzenia żadnym sposobem nie można było wykazać, autor przypuszcza jednak, że istniało ono z początku i że stało się powodem skrzywienia szyi, które przeszło następnie w zboczenie trwałe. Dokładne rozważenie objawów nie pozwalało w tym przypadku na rozpoznanie porażenia lub niedowładu któregokolwiek z poszczególnych mięśni ocznych *(obliquus superior dexter*, *rectus inferior dexter*, *obliquus inferior sinister).*

Autor przypuszcza raczej za Parinaud'em wrodzone zboczenie czynnościowe w ośrodkach mózgowych i drogach nerwowych dla skojarzonych ruchów ocznych. Na operacyę *(antepositio m. recti inferioris oc. dextri)* rodzice dziecka na razie nie dają przyzwolenia.

*O gruczołach łzowych oczodołowych, ruchomych* (Des glandes lacrymales orbitaires mobiles). Scrini.

Przy zranieniach powieki górnej po nad zewnętrznym kąci-

kiem oka nie rzadko przychodzi do wypadnięcia gruczołu łzowego, o wiele rzadziej jednak mamy sposobność spostrzegać samoistne opadnięcie tego gruczołu pod skórę powieki górnej. Zauważyć jednak należy, że zmiana ta łatwo ujść może baczności chorego, a nawet lekarza, zwłaszcza jeśli jej stopień nie jest znaczny. Prócz tego niejeden może przypadek spostrzegany i dobrze rozpoznany nie został ogłoszony tak, że w literaturze istnieją dotąd tylko spostrzeżenia Snell'a, Noyes'a, Argyll-Robertson'a i Gołowina. Scrini opisuje obecnie przypadek spostrzegany w klinice paryskiej jeszcze za życia Panas'a.

Pewien robotnik zgłosił się z powodu worczastego obrzęku obu powiek górnych i spowodowanego niem zwężenia pola widzenia. Badanie wykazało workowate obwiśnięcie skóry, zewnętrznej połowy powieki górnej, sięgające poniżej brzegu tejże powieki i zasłaniające kącik zewnętrzny. Przez obwisłą skórę wyczuć można było ciało wielkości małego migdała dość zbite, przesuwalne na boki i ku górze. Ciało to nie przyrośnięte do skóry i niebolesne na dotyk, można było wsunąć pod górno-zewnętrzny brzeg oczodołu do wgłębienia w kości, które w prawidłowym stanie zajmuje gruczoł łzowy. Był to zatem niewątpliwie gruczoł łzowy opadnięty.

Zmiana ta *(dacryoadenoptosis)* objawiała się na obu oczach w jednakim stopniu. Twardość opadniętych gruczołów przypisuje autor przebytej *dacryoadenitis gonorrhoica chronica*, chory bowiem oprócz rzeżączki innych zakaźnych chorób nie przechodził. Na proponowaną operacyę, która miała polegać na przyszyciu gruczołów do okostnej dołka łzowego, a następnie na odcięciu i zaszyciu worka skórnego *(dacryoadenopexia)* chory się nie zgodził.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wnosząc *dacryoadenoptosis* spotyka się częściej u mężczyzn niż u kobiet, częściej jednostronnie niż obustronnie. Patogeneza tej zmiany jest niewątpliwie w różnych przypadkach różna. W przypadku przez siebie opisanym, uważa autor powiększenie i przyrost na wadze spowodowany przewlekłem zapaleniem za przyczynę, która spowodowała, że wątłe więzadełko Sommering'a i kilka innych drobnych więzów, które gruczoł łzowy przytrzymują w dołku kostnym dlań przeznaczonym, uległy zwiotczeniu i wyciągnięciu. Wtedy gruczoł własnym ciężarem obsunął się ku dołowi i dostawszy się pod skórę powieki górnej, wytworzył z niej dla siebie worek, ułożywszy się w nim jak w »hamaku«.

*Zakażenie spojówki gronkowcowe* (Infection staphylococcique de la conjonctive). Poulard.

Nowsze badania bakteryologiczne dowiodły, że gronkowiec złocisty, chociaż jest prawie stałym mieszkańcem prawidłowego worka spojówkowego i daje się wykazać w wydzielinie przy różnych rodzajach zapaleń spojówki, rzadko tylko jednak obejmuje rolę czynnika chorobotwórczego i tem się różni od prątka Weeks'a, od prątków podwójnych Morax'a i od dwoinek Neisserowskich, których obecność wywołuje zawsze silny odczyn zapalny ze strony spojówki. W ciągu dwóch i pół lat wśród wielkiej liczby przypadków różnych ostrych zapaleń spojówkowych, leczonych w paryskiej klinice Lapersonne'a, zdołał autor zebrać tylko dziewięć spostrzeżeń, w których ostra *conjunctivitis* wywołaną była wyłącznie obecnością gronkowca złocistego. We wszystkich tych przypadkach objawy kliniczne były tak do siebie zbliżone, że autor skłania się do wyobrębnienia zapalenia spojówki gronkowcowego, jako etyologicznie osobnej jednostki chorobowej. Zapalenie występuje najczęściej ostro i ogranicza się do jednego oka. Punktem wyjścia zakażenia spojówki bywa bądź to zropiały jęczmień, bądź wrzodziejące zapalenie brzegu powiekowego, lub inne, choćby nieznaczne zmiany przyrody zakaźnej na skórze powiek. Wydzielina jest obfita śluzoworopna, lepka, skleja silnie rzęsy w postaci szaro-żółtawej warstwy i przylega do powierzchni spojówki, powiek i załamków. Spojówka gałki ulega zwykle silnemu przekrwieniu. Rogówka zostaje wolną od zmian. Zapaleniu towarzyszy bolesny obrzęk gruczołu przyusznego. Objawy ostre trwają mniej więcej przez przeciąg tygodnia; do stanu prawidłowego jednak przychodzi spojówka zazwyczaj nie prędzej, jak po upływie miesiąca. Z wydzieliny wyrastają, na zwykle używanych pożywkach, czyste hodowle gronkowca złocistego.

Okoliczność, że gronkowca znajdujemy na spojówce zdrowej i, że towarzyszy on często innym drobnoustrojom w różnych zapaleniach spojówki, nie stanowiąc czynnika chorobotwórczego, objaśnia autor tem, że chorobotwórczych własności nabiera on tylko wśród wyjątkowo korzystnych dla siebie warunków, dotąd bliżej nam nie znanych. Tem się tłumaczy, że nie każdy jęczmień powoduje wystąpienie opisanego zapalenia, choć się zeń zawsze gronkowce licznie do worka spojówkowego dostają. Tą też potrzebą zbiegu szczególnych warunków dla powstania gronkowcowego zapalenia spojówki możemy wyjaśnić sobie i rzadkość występywania tego zapalenia i to, że nie udziela się ono osobom, które się z chorym stykają, i to wreszcie, że sprawa ogranicza się zwykle do jednego oka.

Nr 11.

*Nowotwory prawdziwe i rzekome w gałkach ocznych zanikowych* (Néoplasmes et pseudoplasmes développés dans les moignons). Terrien i Coutela.

Autorowie na podstawie własnych oraz z literatury zaczerpniętych spostrzeżeń omawiają patogenezę nowotworów, powstających w gałkach ocznych zanikowych. Stosunek nowotworów ocznych do zaniku gałki *(atrophia resp. phthisis bulbi)* może być dwojaki: Nowotwór może być zmianą pierwotną i bezpośrednio lub pośrednio spowodować zanik gałki, lub też w zanikłej z innych powodów gałce ocznej, może się następowo pojawić tkanka nowotworowa. Co do pierwszego rodzaju przypadków to zwłaszcza glejak siatkówki nierzadko doprowadza oko do zaniku. Tu jednak trzeba być pewnym, że się nie ma do czynienia z *pseudoglioma retinae,* które, będąc plastyczno-ropnem zapaleniem jagodówki, z natury rzeczy niemal zawsze kończy się zanikiem gałki. O wiele rzadziej, niż w przypadkach prawdziwego glejaka siatkówki, spotykamy się z zanikiem gałki następowem w przypadkach mięsaka naczyniówki, ale i takie spostrzeżenia uwierzytelnione badaniem mikroskopowem, znajdują się w literaturze. Aby pogodzić złośliwą naturę takich nowotworów, jak glejak lub mięsak, które okazują z reguły niepokonaną dążność do ustawicznego rozrostu i nieograniczonego szerzenia się — z przemianą wsteczną, jakiej ulega ich utkanie wśród gałki ocznej, przechodzącej w zanik, uciekają się liczni autorowie do różnych przypuszczeń. Jedni przyjmują wniknięcie ropnych mikrobów do tkanki nowotworowej czyto drogą owrzodzeń rogówkowych, lub zranień głębokich oka, czy na drodze krwiobiegu. Następstwem takiego zakażenia jest zropienie tkanki nowotworowej, a zarazem i części oka wolnych od nacieku nowotworowego. Zropienie wnętrza gałki prowadzi oczywiście do jej zaniku. Inni zwracają uwagę na tłuszczowe zwyrodnienie nowotworu, które ma ułatwiać wessanie jego części i pośredniczyć powstaniu zaniku gałki. Niektórzy autorowie przypisują zanik gałki odczynowemu zapaleniu jagodówki naokół rosnącego guza, który w ten sposób ulega wreszcie łącznotkankowemu otorbieniu i traci możność dalszego rozrostu.

Co do drugiej grupy przypadków, gdzie nowotwór złośliwy pojawia się następowo w gałce ocznej zanikłej, czyto w następstwie zranienia, czy wskutek *panophthalmitis*, zapatrywania autorów różnią się jeszcze bardziej. Niektórzy przeczą wogóle, jakoby takie przypadki zachodziły i utrzymują, że w opisanych spostrzeżeniach pierwszy zawiązek nowotworu istniał już w oku przed powstaniem

sprawy patologicznej, która doprowadziła do zaniku gałki. Nawet w takich przypadkach, gdzie nowotwór pojawił się w gałce od wielu lat zanikłej, przypuszczają oni, że zawiązek jego ukrywał się w niej już poprzednio, choćby pod postacią niedostrzeżonego znamienia barwikowego na tęczówce. Większość jednak autorów, którzy się tym przedmiotem zajmowali, przyjmuje przypadkowy zbieg, dzięki któremu nowotwór złośliwy zaczyna się rozwijać wśród tkanek zanikłej gałki taksamo, jakby się rozwijał wśród jakichkolwiek innych tkanek ustroju. Są jednak i tacy, a do tych należą autorowie powyższego artykułu, co w samej sprawie zanikowej upatrują bodziec dla rozwoju komórek tkanki nowotworowej. Zachodzący tu związek przyczynowy w zupełności wyświetlić nie jest rzeczą łatwą. Autorowie powołują się na przypadki, gdzie wśródgałkowa sprawa zapalna zupełnie niepostrzeżenie przybierała znamiona nacieku nowotworowego. Związek etyologiczny jest zwłaszcza prawdopodobny w tych przypadkach, gdzie uraz poprzedził zanik gałki; ponieważ jednak rola urazu w etyologii nowotworów stanowi jedno z najtrudniejszych i nierozwiązanych jeszcze zagadnień patologii ogólnej, więc i etyologia nowotworów w oczach, skutkiem urazu zanikłych, nie może być dziś jeszcze w sposób zadowalniający wyjaśnioną.

*Przybłoniak powieki, wychodzący z gruczołu łojowego* (Epithélioma palpébral d'origine pilo-sébacée). Moissonnier z Tours.

Przybłoniak powieki, pochodzenia gruczołowego, objawia się pod postacią otorbionego guza, okazującego w swych początkach wiele podobieństwa do gradówki. W przypadkach ogłoszonych dotąd (Allaire, Sourdille, Schweinitz, Grosz, Dor, Scanlici) punktem wyjścia nowotworu był z reguły jeden z gruczołów Meiboma. Fuchs w swym podręczniku okulistyki wspomina jednak, że przybłoniaki powiek wychodzić mogą także z gruczołów łojowych, z gruczołów Molla i Krausego. Lagrange natomiast w swem dziele o nowotworach oka wskazuje na gruczoły Meiboma, jako na jedyny znany dotąd punkt wyjścia przybłoniaka powiek. Autor wyłuszczył u 45letniego wieśniaka guz, zrośnięty ze skórą powieki górnej i przez nią pokryty, leżący przed chrząstką powiekową, która nie była nim wcale zajętą. Guz okazywał mikroskopowe znamiona przybłoniaka. Na jednem ze skrawków widać było wyraźnie obok torebki włosowej z prawidłowym gruczołem łojowym drugą torebkę, zawierającą, obok dwóch szczątkowych włosków, liczne bujające komórki nowotworowe. Z tego wnosi autor, uwzględniając zresztą i inne szczegóły kliniczne i ana-

tomiczne, że w przypadku tym nowotwór wyszedł z przybłonka, wyścielającego gruczoły łojowe.

*Jednostronne zniesienie odruchu źrenicy na światło pochodzenia urazowego, przy zachowanem oddziaływaniu na akomodacyę* (Abolition unilatérale du réflexe lumineux, avec conservation du réflexe accommodatif d'origine traumatique). Cosmettatos z Aten.

Zniesienie oddziaływania źrenicy na światło przy zachowanem odruchu akomodacyjnym należy do dość częstych zjawisk patologii ocznej i neuropatologii. Ten rozdział oddziaływania źrenicy znany pod nazwą objawu Argyll-Robertsona, zwłaszcza w przebiegu wiądu rdzenia, może jednak wystąpić także z przyczyn miejscowych, mianowicie wskutek tępego urazu zadanego oku. Taki właśnie przypadek opisuje autor i zastanawia się przy tej sposobności, jakim sposobem to częściowe porażenie źrenicy przychodzi do skutku. Wiadomo, że istnieją oddzielne ośrodki dla odruchu źrenicznego na światło i na akomodacyę. Jest zatem rzeczą prawdopodobną, chociaż braknie na to dotąd dowodów anatomicznych, że od tych oddzielnych ośrodków muszą też wychodzić oddzielne zupełnie włókna nerwowe, przebiegające we wspólnym pniu nerwu okoruchowego. Rozdział ten sięga niewątpliwie aż do zakończeń tego nerwu w samejże tęczówce. Skutek urazu może być taki, że uszkodzeniu ulegną tylko te końcowe włókienka nerwu okoruchowego, które pośredniczą w oddziaływaniu źrenicy na światło. Byłoby rzeczą pożądaną, żeby słuszność tej hipotezy mogły potwierdzić badania mikroskopowe.

Nr 12.

*Przyczynek do znajomości guzów, rzekomo białaczkowych gruczołów łzowych i ślinowych* (Contribution à l'étude des tumeurs symétriques lymphomateuses pseudoleucémiques des glandes lacrymales et salivaires). Van Duyse z Gandawy.

Jak wiadomo, opisał Mikulicz, jako odrębną jednostkę chorobową przerost limfatyczny gruczołów łzowych i ślinianek. W przypadkach przez siebie ogłoszonych nie znalazł on żadnych zmian we krwi, nie było też przerostu innych gruczołów, ani powiększeszenia śledziony. Van Duyse podaje obecnie opis przypadku, którego obraz kliniczny odpowiadał owemu przez Mikulicza bliżej określonemu cierpieniu. U 67letniego drwala wystąpił na obu oczach symetrycznie obrzęk powiek górnych tuż pod łukami brwiowymi, odpowiadający przerostowi obu gruczołów łzowych. Badanie

kliniczne wykazało oprócz tego w jamie ustnej dwa guzy symetryczne, które były powiększonemi śliniankami podszczękowemi. Rozbiór krwi dał wynik, wykluczający białaczkę. Chory umarł, a badanie pośmiertne wykazało prócz innych mniej ważnych szczegółów powiększenie śledziony, oraz znaczne powiększenie gruczołów śródpiersia. Wobec wyniku badania krwi, należało powiększone gruczoły uważać za guzy — rzekomo białaczkowe. Autor przyznaje wprawdzie, że przypadek powyższy przypomina syndrom objawów opisany przez Mikulicza, a przez Kümmla nazwany achroocytozą, z drugiej strony jednak, uwzględniając spostrzeżenia innych badaczy, oraz wynik nekroskopii w swoim przypadku, uważa syndrom ów za wczesny okres rozwijającej się pseudoleukaemii, a temsamem odmawia mu odrębnego stanowiska w rzędzie znanych ogólnie przyjętych postaci chorobowych. W przypadkach Mikulicza chorzy widocznie albo nie dożyli uogólnienia się zmian gruczołowych, albo nie byli, względnie nie mogli być w tym kierunku dość dokładnie zbadani.

*Nieżyt wiosenny w Turcyi* (Le catarrhe printanier en Turquie). Trantas.

Na podstawie statystyki, obejmującej 12.500 chorych ocznych, wykazuje autor, że nieżyt wiosenny zdarza się w Turcyi o wiele częściej niż w innych krajach, w których się zajmowano statystyką tych przypadków. Podaje on również, przytaczając wyniki swych badań mikroskopowych nigdzie nie wspomniany dotąd szczegół z obrazu klinicznego tej choroby. Oto w znacznej ilości przypadków nieżytu wiosennego dostrzegł on w wyroślach, otaczających rąbek rogówkowy punkty białe, z głębi tkanki tych wyrośli przeświecające. Badania mikroskopowe wykazały, że drobne te białe ogniska odpowiadają mieszkom przybłonkowym. które uległy zwyrodnieniu i przeobrażeniu torbielkowemu. W niektórych przypadkach zdołał autor wykazać jedynie wsteczną przemianę warstwy przybłonkowej, której komórki zmienione były w masę bezpostaciową. Autor uważa ten klinicznie i anatomicznie wykazany szczegół za patognomoniczny objaw nieżytu wiosennego.

---

**Berliner klin. Wochft.** 1906. Nr 10. (Referent: Dr W. Reis).

*Zniszczenie oczu człowieka przez gąsienice muchy* (Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven). Schultz — Zehden.

Schorzenia oczne wywzaorłez n pegąsienice much rozmaitych gatunków są znane w literaturze okulistycznej; tylko w jednym jednak przypadku opisanym jeszcze w r. 1823 przez Cloqueta, nastąpiło całkowite zniszczenie oczu. Przypadek opisany przez Schultz-Zehdena dotyczył 47letniej chorej, znanej pijaczki, którą znaleziono w polu i odstawiono do szpitala. Z rozmaitych części ciała, z nosa, uszu i worków spojówkowych wydobyto prawie litr cały gąsienic. Prawe ucho było całkowicie zniszczone, a na karku znajdowało się rozległe owrzodzenie, sięgające aż do kości. Powieki były obrzękłe, o licznych otarciach skóry, gałki oczne w całości już zniszczone, rogówek prawie brak zupełny. W oku prawem wypadła soczewka i ciało szkliste wydostawało się na zewnątrz, a w oku lewem był rozległy wrzód z wypadniętą tęczówką i soczewką. Przy badaniu anatomicznem wyłuszczonego oka prawego znaleziono gąsienice także w ciele szklistem. Badanie zoologiczne stwierdziło gąsienice plujki *(Callifera vomitoria).*

Nr 13 i 14.

*O zaburzeniach ocznych w obszarze nerwu trójdzielnego i ich znaczeniu rozpoznawczem, z szczególnem uwzględnieniem odruchu rogówkowego* (Ueber Störungen im Augengebiet des Trigeminus, speziell des Cornealreflexes und ihre diagnostische Verwertung). Kempner.

Praca powyższa opartą jest na spostrzeżeniach dokonanych w klinice psychiatrycznej i chorób nerwowych prof. Zichene w Charité. Po krótkich uwagach anatomicznych przytacza K. zasadniczy podział odruchów ocznych: odruch rogówkowo-spojówkowy, powodujący zamykanie powiek, odruch rogówkowo-szczękowy, opisany przez Söldera w r. 1902, a polegający na równoczesnym skurczu mięśnia skrzydłowatego wewnętrznego po stronie zadrażnionej rogówki i przesunięciu szczęki w stronę przeciwną oraz odruchowe wydzielanie łez i silniejsze napełnienie naczyń przy drażnieniu przedniej części gałki ocznej. Następnie streszcza autor dotychczasowe doświadczenia kliniczne i przystępuje do omówienia własnych badań.

Metoda, którą K. posługuje się przy badaniu odruchu rogówkowego i wrażliwości rogówki i spojówki różni się nieco od ogólnie przyjętego sposobu badania przez bezpośrednie dotykanie rogówki główką od szpilki *(Tupfreflex).* Bodziec ten bowiem jest dość znaczny i zdarzyć się może, że przy silnym dotyku i utrzymanej wrażliwości rogówki, chory dowolnie oko przymknie, nawet przy braku właściwego odruchu rogówkowego.

Autor używał metody łagodniejszej, polegającej na delikatnem przesuwaniu główki od szpilki, od spojówki twardówkowej na rogówkę *(Streichreflex)*, podczas gdy chory spogląda równocześnie ku górze. Bodziec ten jest słabszy i nie powoduje dowolnego zamykania powiek. Często się zdarza, że już przy 2 lub 3 zadrażnieniu odruch staje się słabszy lub całkowicie ustaje, dlatego też między jednem a drugiem zadrażnieniem upłynąć powinno kilka minut. Należy również zwrócić uwagę na to, by przy wywoływaniu odruchu nie dotykać części źrenicznej rogówki. Jeśli się bowiem drażni rogówkę w obwodzie źrenicznym, to otrzymuje się nietylko odruch na drodze nerwu trójdzielnego i twarzowego, lecz obok niego także odruch na drodze nerwu wzrokowego i twarzowego *(Opticus-facialis Reflex)*. Wreszcie trzeba uważać na to, by chory przy badaniu dowolnie odruchu nie hamował, co łatwo może mieć miejsce przy odruchu spojówkowym. Spojówka powiekowa daje częściej powód do odruchu, podczas gdy spojówka gałkowa posiada mniej wrażliwych elementów nerwowych.

Spostrzeżenia autora obejmują 350 przypadków chorób organicznych układu nerwowego i 400 przypadków nerwic czynnościowych. Z tej znacznej liczby badanych chorych tylko u 82 (55 chorób organicznych, 27 nerwic czynnościowych) można było zauważyć pewne zboczenia, które dadzą się ugrupować w następujący sposób:

I. Całkowity jednostronny brak odruchu rogówkowego *a)* bez zaburzeń w czuciu u 2 chorych, *b)* z zaburzeniami w czuciu u 9.

II. Całkowity obustronny brak odruchów — tylko w 3 przypadkach.

III. Jednostronne obniżenie odruchu rogówkowego z zaburzeniami w czuciu lub bez — w 27 przypadkach, z których tylko 3 w hysteryi.

IV. Obustronne obniżenie odruchów — bez zaburzeń w czuciu 14 razy w chorobach organicznych, 11 w hysteryi i 2 przypadki z zaburzeniami w czuciu.

V. Czysto czuciowe zaburzenia nerwu trójdzielnego w 3 przypadkach chorób organicznych, a 7 w hysteryi.

Ogółem znalazł więc K. jednostronne zniesienie lub obniżenie odruchu rogówkowego 32 razy (26 przypadków org., 6 hist.), obustronne zaś w 31 przypadkach, wśród których tylko dwa z chorobami organicznemi.

Na podstawie tych badań stara się K. określić dane dla rozpoznania różniczkowego między organicznem zaburzeniem odruchów a czynnościowem: *a)* organiczne zaburzenie odruchu jest najczę-

ściej jednostronnem, połączone z zaburzeniami w czuciu i bardzo często jest zmianą chorobową postępującą, *b)* czynnościowe zaś zaburzenie odruchu jest przeważnie obustronne, bez zaburzeń w czuciu, nie jest postępujące, a podlega tylko nieokreślonym wahaniom.

Odruch Söldera znalazł K. na 600 badanych przypadków tylko 11 razy, nie przypisuje mu więc żadnego znaczenia rozpoznawczego.

---

Ctrlblt. f. pr. Aghk. 1906. Z. 2. (Ref. Dr. L. Gruder).

*Dalsze doświadczenia z preparatami srebra Credé'go w chorobach ocznych* (Ueber die Credé'sche Silbertherapie bei Augenkrankheiten; weitere Mitteilungen). Dr Meyer w Tsintau

Autor robił liczne doświadczenia nad zastosowaniem itrolu i kollargolu w okulistyce. Podczas gdy itrol używany w proszku, nie znosi powietrza, ani wilgoci i przy zapaleniach kataralnych nie daje korzystnych wyników, a prócz tego jest bardzo bolesnym, rozczyn kollargolu 5$^0/_0$ daje doskonałe wyniki przy wszelkich stanach zapalnych oka. Co się tyczy śródżylnych zastrzykiwań kollargolu (doświadczenia przy ropnych zapaleniach ciałka szklistego u królika), nie zdołał autor otrzymać stanowczych wyników dodatnich.

*Nawroty krwotoków do oczodołu wskutek niedostatecznej krzepliwości krwi* (Recidivirende Blutung in die Orbita infolge von mangelhafter Gerinnungsfähigkeit des Blutes). Dr Wagner w Darmstadt.

U dziecka anemicznego, 5letniego, rozpoznano torbiel *(Dermoidcyste)* na wewnętrznej części tylnej powierzchni dolnej powieki oka lewego. W narkozie wyłuszczono torbiel, podwiązawszy dostatecznie naczynia przedłużenia szypułkowego. Gojenie *per primam*.

Po 5 dniach silne obrzmienie obu, zwłaszcza dolnej powieki, trzeszcz gałki; rozpoznano wybroczynę do oczodołu pochodzenia żylnego. Gorączki ani zmian na razie nie było widać. Anamneza niedostateczna. Wziernikiem żadnych zmian nie było. Gdy w następnych dniach krwotok się bardziej wzmógł, zrobiono wcięcie w bliźnie pierwotnej i wypuszczono przeszło łyżkę stołową gęstej, czarnej, nie ściętej krwi.

Po tygodniu znowu krwotok do powiek i oczodołu w znacznej mierze. Wstrzyknięto żelatynę *(Gelatina sterilisata pro injectione* 10$^0/_0$ Merck), mianowicie jedenaście wstrzykiwań z 10 cm$^3$. Wessanie krwi nastąpiło w krótkim czasie.

Po trzech miesiącach nawrót krwotoku; wstrzykiwanie żelatyny z tym samym dodatnim skutkiem.

Badanie torbiela. dokonane przez Hippla w Heidelbergu, wykazało torbiel o treści krwistej *(sanguinolenter Inhalt)*. Mikroskopem widać było liczne ciałka krwi, gęsto umieszczone. Barwika krwistego pochodzenia nie było.

Autor widzi przyczynę tych nawrotów krwotoków w niedostatecznej krzepliwości krwi, wskutek czego nie mogło nastąpić należyte zamknięcie naczyń w ścianach torbiela.

1906. Z. 3.

*Przypadek mięsaka gruczołu łzowego i kilka uwag o autophagismus* (Ein Fall von Tränendrüsensarkom, nebst einigen Bemerkungen über Autophagismus). Prof. Alex. Goldzieher w Peszcie.

Robotnica 42letnia spostrzega od półtora roku, że lewe oko wystaje bardziej od prawego. Przyczyny nie umiała podać.

L. oko stoi o 3—4 mm niżej i wystaje o jeden mm. Rogówka i środki łamiące prawidłowe. *Conjunctivitis chronica,* żyły siatkówki silnie skręcone, granice tarczy zatarte. Bystrość wzroku wynosiła liczenie palców na 1 m. Odpowiednio do górnego brzegu oczodołowego, w zewnętrznej jego połowie dawał się spostrzegać nowotwór, wielkości orzecha, dokładnie odgraniczony, twardy, płaski, mało się poruszać dający, a miejscami zrośnięty ze ścianą oczodołu. Skórę można było ponad nowotworem wolno przesuwać. Ruchy gałki ku górze i zewnątrz znacznie utrudnione.

Rozchodziło się o rozróżnienie między nowotworem gruczołu łzowego a sprawą okostnową. Za tuberkulozą lub kiłą nic nie przemawiało; rozpoznano więc nowotwór gruczołu łzowego.

Cięcie przez górną powiekę, 3 cm szerokie, wyjęcie nowotworu. *Exophtalmus* i *ptosis* polepszyły się znacznie po dwóch tygodniach. Bystrość wzroku podniosła się na liczenie palców na odległość 3 m.

Mikroskopijne badanie wykazało typowy obraz drobnokomórkowego mięsaka z różnokształtem jąder komórkowych *(Polymorphismus der Zellkerne)*.

Wewnątrz masy mięsaka dawały się przy lekkiem powiększeniu spostrzegać utwory różnej wielkości. Przy silniejszem natomiast powiększeniu rozpoznawano te utwory jako wielkie komórki, z bladą, źle się zabarwiającą pierwoszczą, w różnym stopniu rozwoju i przejścia. Chodzi tu o komórki natury fagocytarnej, które

pochłaniają sąsiednie, do życia mniej zdolne komórki, pozostawiając poszczególne, nie dające się strawić resztki ich.

*Nerwiak kędzierzasty a wodoocze* (Ranken-Neurom und Hydrophthalmus). Dr Ludwik Rosenmeyer w Frankfurcie. — (Beiträge zur Augenheilkunde Z. 27).

U noworodka lewa górna powieka była grubszą i szerszą. Po pół roku nowotwór objął okolicę skroniową. Od trzeciego roku zwiększał się nowotwór szybko; gałka zmieniła swe pierwotne miejsce. Przy operacyi (Krönlein) pokazało się, iż nowotwór umiejscowjony jest przeważnie w powiece; cienkie, twarde, sznurowate resztki, ciągnące do oczodołu w głąb, wypreparowano i wyjęto. Gałka wróciła na pierwotne swe miejsce, a górna powieka odzyskała lepszy wygląd.

Nowotwór rozpoznano jako *neurofibroma*.

W piątym roku życia był następujący stan dziecka: Asymetrya twarzy, spowodowana nowotworem, sięgającym od lewej górnej powieki przez skroń na całą lewą twarz. Lewa strona nosa i usta tejże strony stoją niżej. Nowotwór nie jest bolesny, nie daje się zmiejszyć przez ucisk, a w dotknięciu jest mięsisty.

Lewa powieka górna przykrywa górną połowę rogówki. Gałka zwiększona, również zwiększoną jest rogówka, granica rogówkotwardówkowa wydęta, naczyniówka prześwieca przez cienką twardówkę niebieskawą barwą. Komora przednia głęboka, źrenica szeroka, nie oddziaływa na światło. Soczewka ma delikatne, punkcikowate męty. Ciało szkliste czyste; na tarczy nie ma wgłębienia. Rozp.: *Hydrophthalmus*.

Sachsalber pierwszy wskazał na związek obu tych chorób, t. j. *(Hydrophthalmus* i *Rankenneurom)*.

---

**Deutsche med. Wchschrift.** 1906. Nr 2. (Ref. Dr W. Reis).

*O leczeniu jaglicy promieniami radu* (Zur Radiumbehandlung des Trachoms). Jacoby.

W kilkunastu przypadkach jaglicy, leczonych promieniami radu nie zauważył autor pomyślnych wyników, wychwalanych przed rokiem przez Cohna w czasopismach lekarskich. Autor poddawał leczeniu promieniami radu zawsze tylko jedno oko (i to z lżejszemi zmianami chorobowemi), stosując równocześnie dla porównania na oku drugiem dotychczasowy sposób leczenia. Wyniki doświadczeń autora są następujące: Promienie radu zdają się wywierać jakiś

wpływ na jaglicę, nie jest jednak udowodnionem, czy wpływ ten nie zależy od innych czynników ubocznych. Być może, że nie pozostaje bez wpływu na mieszki jaglicze lekkie męsienie, wywołane dotykaniem się rurki szklannej, w której rad jest zawarty, lub też przekrwienie spojówki, wystawionej przez 10 do 15 minut na działanie powietrza (podobnie jak gruzełki otrzewnej często ulegają wessaniu po otwarciu jamy brzusznej). Wyniki lecznicze osiągnięte radem są nieznaczne w porównaniu z leczeniem mechanicznem i dotychczasowemi lekami. Przez stosowanie radu traci się w każdym razie na czasie; odwlekanie zaś szybszego i skuteczniejszego sposobu leczenia wyrządza wprost bezpośrednią szkodę w przypadkach jaglicy postępującej.

---

**Wiestnik Oftałmołogii.** Listopad — Grudzień 1905. (Ref. Dr Matusewicz).

*Stosunek niektórych tkanek oka do jadu wścieklizny* (Otnoszenje k robiczeskomu jadu niekotorych tkaniej głaza). Pryw. doc. Orłow (Kazań).

Autor znalazł jad wścieklizny w siatkówce, w nerwie ocznym i w ciałku szklistem, zaszczepianie bowiem tych części oka z chorego zwierzęcia wywołuje u królika i morskiej świnki typowy napad wodowstrętu. Nicolas i Courmont dowiedli już poprzednio, że i ciecz wodna jad zawiera.

Niektóre tkanki oka doznają pod wpływem jadu zmian, które bez wątpienia naruszają czynność wzrokową. Szczególniej zmienione okazują się komórki nerwowe w siatkówce i wewnętrzna warstwa jądrowa Dwie zmiany również dotyczą ścianki naczyń krwionośnych. Wskutek zachorzenia naczyniówki ulegają również chorobowym zmianom pręciki i czopki. Zmiany patologiczne komórek można odnieść do zwyrodnienia po części białkowego, po części tłuszczowego. Tworzą się przy tem wakuole. Obrzęk siatkówki wywołany jest po części zmianą w ściankach naczyń, po części wprost działaniem jadu wodowstrętu.

*Pole widzenia przy zezie towarzyszącym* (Pole zrenja pri sodrużestwiennom kozogłazii). M. N. Błagowieszczeński. Moskwa.

Z badań, dokonanych w tym przedmiocie, autor wyciąga następujące wnioski:

1. Zwężenia pola widzenia na oku zezującem należy odnieść

do amblyopii, lub zmian chorobowych na oku, nie należy zaś stawić ich w zależności prostej od samego zeza. Pole widzenia obuoczne zsumowane, jest rozszerzone. Rozszerzenie w zezie zbieżnym wynosi od 10—40°.

Styczeń—Luty 1906.

*Stan jam nosa przy chorobach dróg łzowych* (Sostojonje połostiej nosa pri zabolewanji slezoprowodiaszczych putiej). A. J. Maslennikow z Moskwy.

Autor poddał ścisłemu badaniu nosa przez specyalistów chorych, zgłaszających się do kliniki z chorobami dróg łzowych.

Na 115 przypadków jamy nosowe okazały się prawidłowemi w 14 — z tych tylko 2 chorych cierpiało na cięższą postać *dacryocystoblennorhoea i ectasia sacci.*

U 8 stwierdzono skrzywienie przegrody nosa, u jednego tylko cierpienie dróg łzowych obustronne, u reszty zajęty był woreczek łzowy względnie kanał po stronie skrzywienia.

Dalszą grupę 8 chorych — miało *rhinitis catarrhalis chronica.* Najliczniejsza grupa 42 — cierpiała na *rhinitis hypertrophica.* 16 z chorych podkreśla tę okoliczność, że przed zachorowaniem na oczy, cierpiały oddawna na nieżyt nosa.

12 dotkniętych było *rhinitis atrophicans.* 6 długo przed łzawieniem cierpiało na nieżyt nosa.

*Ozaena* stwierdzono u 12 — u 8 długotrwały nieżyt poprzedził objawy łzawienia.

Polipy znaleziono u 4 chorych. 9 cierpiało na zmiany w bocznych jamach nosa, przyczem u 7 jednostronne cierpienie dróg łzowych odpowiadało położeniem dotkniętej chorobą jamie. U 6 wreszcie znaleziono luetyczne zmiany. Wogóle na 115 chorych stwierdzono niewątpliwą kiłę u 16, bądź nabytą, bądź też dziedziczną, co do 6 było podejrzenie. Dla praktyka wynika stąd wniosek, że tam, gdzie cierpienie nosa jest trudno lub zgoła nieuleczalne, najpewniej przy zajęciu dróg łzowych przez usunięcie woreczka łzowego ochronić oko od niebezpiecznego sąsiedztwa.

*Zaćma wskutek rażenia piorunem* (Katarakta ot udara motini). Dr Ginsburg, Woroneż.

Przypadek opisany przez autora jest 25tym w literaturze. Zaćma dotyczyła obu ócz i umiejscowiona była w przedniej torebce i w korze, był też częściowy zanik nerwu ocznego z ograniczeniem pola widzenia. Chory doznał rażenia piorunem, gdy się schronił podczas burzy pod dach arby, t. j. wozu pokrytego budką z blachy.

Przez 3 tygodnie cierpiał na nadzwyczaj silny światłowstręt, który znikł stopniowo. Pogorszenie wzroku pozostało bez zmiany w ciągu lat 16, po upływie których autor oglądał pacyenta.

Przeglądając literaturę, tyczącą się doświadczeń w tej kwestyi, autor dochodzi do wniosku, że tworzenie się zaćmy zależy od działania promieni fiołkowych, działających niszcząco na nabłonek torebki i ciałka rzęskowego.

---

*Raki powiek. Operacya czy radioterapia?* (Les épithélioma des paupières. Opération ou radiothérapie?). Trousseau. — Annales d'oculistique. 1906 Nr 1.

Już w r. 1896 opisał autor szereg operowanych przez siebie przypadków raka powiekowego, w których przez przeciąg trzech do ośmiu lat nie przyszło do nawrotu. Do tej pory zebrał on nowe własne spostrzeżenia, gdzie pomyślny wynik operacyi utrzymywał się przez 6, 8, 10 a nawet 12 lat. Na podstawie tego osobistego doświadczenia nie podziela T. pessymizmu znacznej liczby autorów, co do rokowania w przypadkach raka skórnego powiek. Wobec bardzo małej skłonności do przerzutów i wyjątkowego tylko zajęcia gruczołów sąsiednich, można, przy dokładnie wykonanej operacyi (byle nie zapóźno podjętej), spodziewać się trwałego wyzdrowienia, a i kosmetyczny wynik bywa niejednokrotnie zadowalniający. Są znane wprawdzie przypadki, w których udaje się sprowadzić zupełne zabliźnienie owrzodzeń rakowych, bez operacyi plastycznej, a tylko zapomocą wyskrobania, kauteryzacyi. pasty arszenikalnej, chloranu potasowego itd. Autor sam podobny przypadek niedawno ogłosił*). Zwyczajnie chodzi tu jednak albo o łagodniejsze postacie raka, albo o zmiany na skórze powiek, o których złośliwości nie przekonano się dostatecznie. Najczęściej zresztą wszystkie te zachowawcze sposoby leczenia nie chronią przed nawrotem choroby. W ostatnich czasach bardzo szerokie zastosowanie zyskała radioterapia, która istotnie daje nieraz zadziwiająco pomyślne wyniki doraźne i cieszy się wielkimi względami u chorych, obawiających się noża. Autor na podstawie własnego doświadczenia nie może, jak dotąd, uznać wyższości radioterapii nad zabiegiem krwawym. Nie przesądza, czy nie wypadnie mu zmienić zdania, gdy zostaną wydoskonalone metody zastosowania promieni X, lub promieni radu i gdy wskazania do ich użycia zostaną ściślej określone. Tymcza-

*) Por. Postęp Okulist. 1905. Nr 3, str. 124.

sem, używając radioterapii, miał sposobność w niejednym przypadku przekonać się, że pomyślny skutek doraźny zbyt często nie jest trwały: bądź to po krótkim czasie owrzodzenie pojawia się na nowo, bądź też, co gorsza, pod pięknie wygładzoną blizną wytwarzają się głębokie nacieki nowotworowe, zajmujące czyto kostny brzeg oczodołu, czy chrząstkę powiekową, czy nawet głębsze tkanki pozagałkowe. Nadto widział on przypadki, w których działanie promieni Roentgena stanowiło najwyraźniej bodziec do tem szybszego rozrostu nowotworu. U pewnego wieśniaka, który miał obie powieki zajęte powierzchownemi owrzodzeniami rakowemi, i gdzie, gdyby nie opór chorego, możnaby było wykonać plastykę z widokami powodzenia, trzykrotne naświetlenie promieniami X wywołało bardzo znaczną *lymphangoitis carcinomatosa* i zajęcie gruczołu, a we dwa miesiące chory umarł z przerzutów. Autor nie wyrzeka się wprawdzie dalszych oględnych prób z radioterapią, ale z drugiej strony przykłady takie, jak powyższy, nakazują mu, gdzie tylko można, dawać pierwszeństwo operacyi krwawej. —

*K. W. Majewski.*

---

*Ochrona gałki ocznej przy leczeniu promieniami Roentgena części sąsiednich* (La protection de l'oeil dans le traitement radiothérapique des parties voisines de cet organe). Van Duyse i De Nobele. — Rev. gén. d'ophthalmologie Nr 1. R. 1906.

Przy coraz szerszem zastosowaniu radioterapii często bardzo przychodzi leczyć zapomocą naświetlań zmiany chorobowe na skórze twarzy w najbliższem otoczeniu oka, a nawet na powiekach. Zwłaszcza wilk twarzy, szerząc się, niejednokrotnie zbliża się czyto od nosa, czy od policzka ku oku. Na samych powiekach, przedewszystkiem rak skórny bywa najczęściej przedmiotem leczenia promieniami Roentgena lub Becquerela. We wszystkich tych razach wielce zależy na tem, aby uchronić gałkę od szkodliwego wpływu tych promieni. Birch-Hirschfeld wykazał mianowicie, że promienie X zastosowane w takiem natężeniu, jakiego wymaga leczenie zmian na skórze, są w stanie wywołać miąższowe zapalenie rogówki, *iritis*, *cyclitis*, a nawet zanik nerwu wzrokowego. Zmiany te występują dopiero w pewien czas (mniej więcej we dwa tygodnie) po ostatniej irradyacyi. Dla zapobieżenia tym niebezpiecznym powikłaniom używa się dotąd zazwyczaj płytek lub nakrywek ołowianych, które jednak nie zawsze przylegają dość szczelnie i nie usuwają w zupełności niebezpieczeństwa. Dlatego to

autorowie zwrócili się do firmy braci Müllerów we Wiesbadenie, która dostarczyła im muszelek ochronnych, dających się na podobieństwo oczu sztucznych zakładać pod powieki bezpośrednio na znieczuloną zapomocą kokainy i adrenaliny gałkę oczną. Muszelki te o gładkich zaokrąglonych brzegach zostały wykonane z różnych materyałów, nie przepuszczających promieni Roentgena i tak: 1) z różnych emalii zaprawionych tlenkami metali, 2) Z porcelany, zawierającej blaszki ołowiu. 3) Z pewnego rodzaju emalii, zwanej emalią paryską. 4) Ze szkła ołowiowego, wyrabianego przez firmę Gundelach w Turyngii. Autorowie poddali szczegółowym badaniom próbki wymienionych materyałów i przekonali się, że z wyjątkiem emalii paryskiej, wszystkie inne nie odpowiadały celowi, bo albo ze względów na cienkość muszelki, albo z powodu nierównomiernego rozmieszczenia części metalicznych nie pochłaniają w zupełności promieni Roentgena. Muszelki z emalii paryskiej czynią natomiast zadość temu wymaganiu i chorzy dobrze je znoszą. Po założeniu na gałkę oczną takiej ochronnej pokrywki można bez obawy nietylko części okałające oko, nietylko skórę powiek, ale nawet spojówkę powiek i załamków, naświetlać, jak długo potrzeba.

*Leczenie niektórych postaci zakaźnego zapalenia spojówki zapomocą maści żółtej* (Traitement de certaines conjonctivites infectieuses par la pommade jaune). H. Frenkel. — Rév. gén. d'opht. 1906. Nr 1.

Przy leczeniu przeważnej części zapaleń spojówki obowiązują już dziś pewne ogólnie przyjęte i utarte prawidła, od których niewielu tylko praktyków odstępuje. Odnosi się to przedewszystkiem do najczęstszych, codziennych przypadków, jak *conjunctivitis catarrhalis*, *conj. phlyctaenulosa*, *follicularis*, *blennorrhoica* lub tak określonych, choć rzadszych, jak *conj. diphtheritica*, *crouposa*, *gonorrhoica adultorum etc.* Ale oprócz tego istnieją pewne postacie ostrych lub podostrych zapaleń spojówki, które wyodrębniono w ostatnich czasach pod względem bakteryologicznym, i które wymagają odrębnego leczenia. I tak rozróżniamy dziś jako osobne jednostki chorobowe zapalenia spojówek, wywołane przez prątki Weeks'a, prątki dwoiste Morax'a, prątki Pfeiffera pneumokoki, streptokoki, prątki Friedländera, a niedawno Poulard wyosobnił *conjunctivitis* zależną wyłącznie od gronkowców. Wobec tej różnorodności etyologicznej i leczenie nie może być w tych wszystkich przypadkach jednakie.

Autor w 18 przypadkach ostrego, względnie podostrego zapalenia spojówki, gdzie badanie bakteryologiczne wykazało bądź to

prątki Weeksa, bądź też prątki dwoiste Morax'a, przekonał się, że ani klasyczny azotan srebra, ani też nowsze środki, mające go zastąpić, jak protargol i argyrol nie prowadziły do celu. Użył zatem za przykładem pani Erniot i Dra Katza żółtej maści Pagenstechera, która szybko zmniejszała wydzielinę i usuwała inne objawy zapalne, prowadząc w krótkim czasie do wyleczenia.

*K. W. Majewski.*

## III. Z TOWARZYSTW.

### Moskiewskie Towarzystwo oftalmologiczne.

*Zastosowanie radium w 2 przypadkach raka.* Dr Prawosud z Moskwy.

Referent robił doświadczenia z 10 mmgr. bromku radium. 1 przypadek, stwierdzone drobnowidowo *epithelioma* na powiece u 61letniej wieśniaczki. 13 posiedzeń, z których najkrótsze trwało $3^1/_2$ — najdłuższe zaś $5^1/_2$ godziny, wystarczyło do zupełnego uleczenia, na miejscu nowotworu wytworzyła się delikatna bliznowata tkanka. Stosował radium referent w następujący sposób, że na otaczające zdrowe tkanki zakładał 10 arkusików ołowianego papieru, (ilość ta określa się dla każdej ilości radium doświadczalnie, przeświecając na ekranie). W tej warstwie ołowiu wycięte było okienko wielkości dotkniętego chorobą miejsca i na nie przykładało się rurkę z radium, poczem wszystko przytwierdzało się opaską.

Zadnych przykrości chora nie doznawała oprócz lekkiego szczypania podczas dłuższych posiedzeń. W drugim przypadku, *adenocarcinoma sacci lacrymalis*, głębokim raku, który uznano za *casus inoperabilis*, leczenie radium (zakładano go do jamy rany) nie dało żadnych wyników, a nawet zdawało się, że pod wpływem radium rak szybciej się rozpada.

## IV. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzw. prof. Baas w Fryburgu powołany został na lekarza naczelnego kliniki ocznej w szpitalu św. Wincentego w Karlsruhe na miejsce zmarłego Dra Gelpke.

Dr J. W. Stirling w Montreal mianowany prof. okulistyki przy Mc. Gill. University.

## V. KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Kol. *S.* w *M.* Czytaliśmy i dziwimy się. W piśmie specyalnej gałęzi nauki lek. poświęconem trudno prowadzić rozprawy lingwistyczne. Cenzor »Krytyki«, który w »Słowniku lekarskim« niemal ewangelii uznaje powagę i nań się zawsze powołuje, zapominając, że i tam następne wydanie niejedne usterki winno usunąć, snać nie przypuszcza, by inteligentny czytelnik mógł się domyślić, jak on sam się słusznie domyślił, że »błony soczewkowe« w oku, którego przedni odcinek silnym uległ zmianom, oznaczać mają i mogą, i torebkę i pozostałości soczewkowe i wysiękowe, krytykuje usterki inne, które w pośpiechu lub przez pomyłkę wcisnęły się referentowi pod pióro, jak np. nerw oczny zamiast wzrokowy; rozumie się również samo przez się, że inny znów referent miał na myśli »przednią część jamy czaszkowej« a nie przednią jamę. Pomyłki te i podobne, które niestety nawet przy korekcie uchodzą niekiedy naszej uwagi, wskazywane przez życzliwego cenzora chętnie umieszczalibyśmy w rubryce »Errata«, byle wcześnie nam były podawane, ale polemiki z tego powodu prowadzić ani ochoty ani czasu nie mamy.

Że o czystość języka dbać jest naszym obowiązkiem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, a również pewnem, że zawsze go spełniać jest naszym stałym zamiarem — ale nie bawmy się w drobnostki, wytykając mimowolne uchybienia, napisane w pospiechu lub przy korekcie nie uwzględnione należycie, uchybienia, które umiejętny czytelnik sam łatwo wynajdzie, a w rozumieniu treści nie dozna najmniejszej przeszkody.

Krytyce ulegać mogą i powinny wyrazy dowolnie przez autorów tworzone i konsekwentnie używane.

Redakcya zaś poszczególnego pisma, zdaniem naszem, powinna pod tym względem pozostawić autorom swobodę, ale i zupełną odpowiedzialność. Takiem zawsze było i jest nasze stanowisko.